

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1911-1912 — N° 14

LE
CHANCRE SYPHILITIQUE
DE L'OREILLE EXTERNE

—••••—
THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 4 décembre 1911

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

André BARBIER

Né à Besançon, le 4 avril 1884



MALOINE, ÉDITEUR

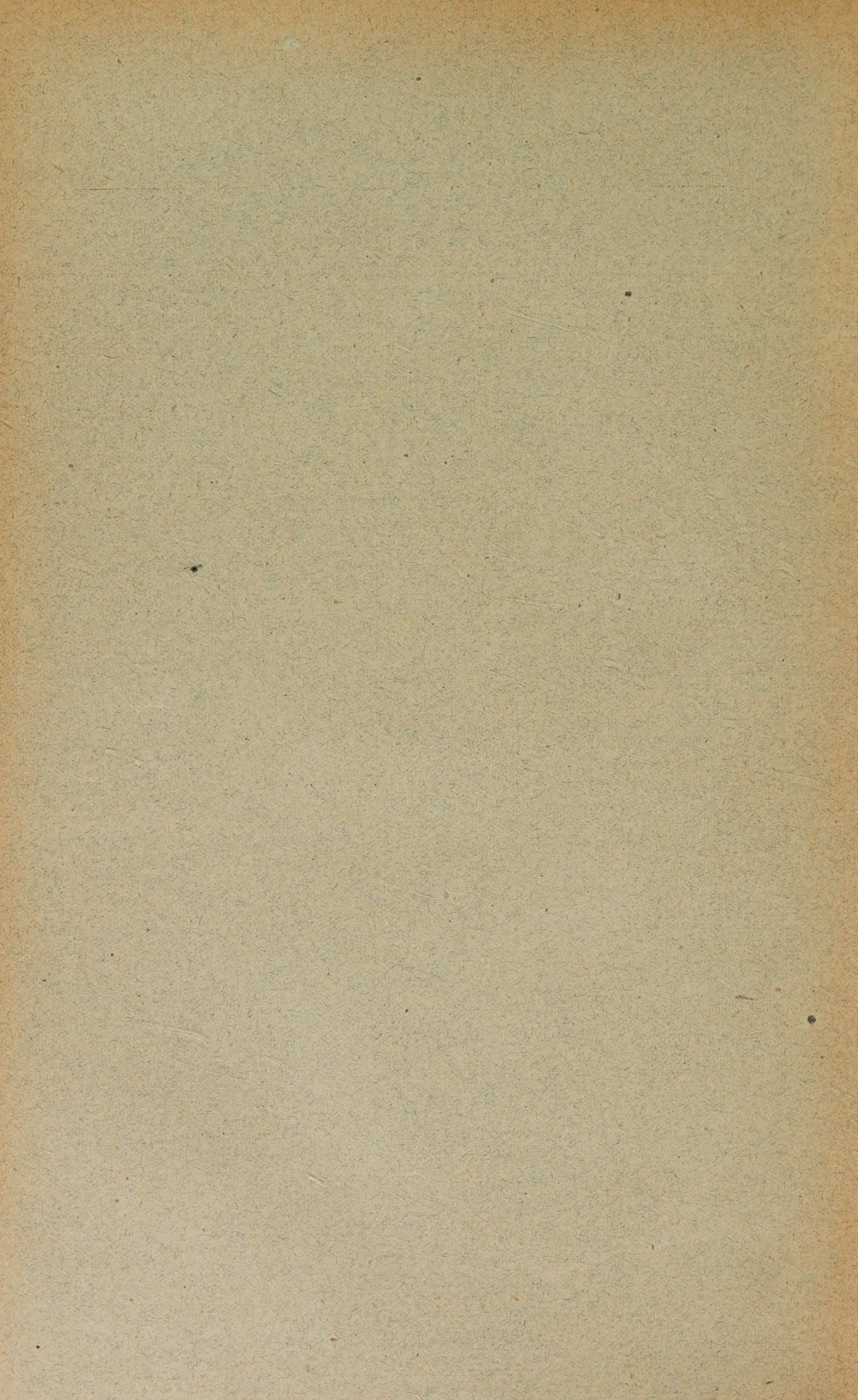
LYON

Rue de la Charité, 6

PARIS

Rue de l'École-de-Médecine, 25

1911



LE
CHANCRE SYPHILITIQUE
DE L'OREILLE EXTERNE

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1911-1912 — N° 14

LE
CHANCRE SYPHILITIQUE
DE L'OREILLE EXTERNE

—•••—
THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

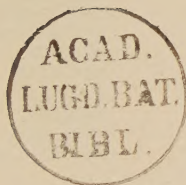
Et soutenue publiquement le 4 décembre 1911

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

André BARBIER

Né à Besançon, le 4 avril 1884



MALOINE, ÉDITEUR

LYON

Rue de la Charité, 6

PARIS

Rue de l'École-de-Médecine, 25

1911

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. DOYEN.
COURMONT (J.) ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, MONOYER, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE
LÉPINE, PIERRET.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM. TEISSIER. ROQUE. BARD. PONCET. JABOULAY. FABRE. ROLLET. NICOLAS. X. WEILL POLLOSSON (A.). CLUZET. HUGOUNENQ. MOREL. BEAUVISAGE. GUIART. TESTUT. RENAUT. MORAT. COLLET. COURMONT (P.) PAVIOT. POLLOSSON (M.). X. LACASSAGNE. COURMONT (J.). PIC. FLORENCE.
Cliniques chirurgicales		
Clinique obstétricale et Accouchements		
Clinique ophtalmologique		
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		
Clinique des maladies mentales		
Clinique des maladies des enfants		
Clinique des maladies des femmes		
Physique médicale		
Chimie médicale et pharmaceutique		
Chimie organique et Toxicologie		
Matière médicale et Botanique		
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		
Anatomie		
Anatomie générale et Histologie		
Physiologie		
Pathologie interne		
Pathologie et Thérapeutique générales		
Anatomie pathologique		
Médecine opératoire		
Médecine expérimentale et comparée		
Médecine légale		
Hygiène		
Thérapeutique		
Pharmacologie		

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS.
Pathologie externe	VALLAS.
Maladies des voies urinaires	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL,	agrégé.
Propédeutique chirurgicale	BERARD,	—
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSERAND,	—
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Matière médicale	MOREAU,	—
Embryologie	REGAUD,	—
Anatomie topographique	PATEL,	—
Botanique	BRETIN,	—
Chirurgie expérimentale	VILLARD,	—
Clinique infantile	MOURIQUAND,	—

AGRÉGÉS

MM. SAMBUC, REGAUD. COMMANDEUR. GAYET. NEVEU-LEMAIRE. PATEL.	MM. J. LEPINE. LESIEUR. MARTIN (Et.). LAROYENNE. VORON. NOGIER.	MM. LATARJET. BRETIN. LERICHE. THEVENOT. TAVERNIER. CADE.	MM. MOURIQUAND. ARLOING (F.). GUILLEMARD.
---	--	--	---

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. J. NICOLAS, Président; LANNOIS, Assesseur;
MM. LESIEUR et MOURIQUAND, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A mon Père

Monsieur le Professeur PH. BARBIER

Professeur de chimie générale à l'Université de Lyon
Officier de la Légion d'honneur

A mes Maîtres

Monsieur le Docteur JULIEN TELLIER

Ancien interne des hôpitaux de Lyon
Ex-chef de clinique à la Faculté

Monsieur le Docteur CAMILLE TELLIER

A mon Président de thèse

Monsieur le Professeur J. NICOLAS

Professeur de clinique de maladies cutanées et vénériennes
à l'Université de Lyon

Je dois remercier ici MM. les professeurs Nicolas et Lannois, qui ont bien voulu me donner ce sujet de thèse, et mon ami le docteur Massia, qui m'a communiqué la belle observation de chancre induré de l'oreille prise à la clinique de dermatologie de l'Antiquaille.

Je suis heureux également d'exprimer ma reconnaissance au professeur Nicolas pour le grand honneur qu'il me fait en acceptant de présider le jury de ma thèse.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

On sait tout l'intérêt que présente l'étude des chancres syphilitiques siégeant hors de la zone génitale. Dès 1858, M. Fournier a insisté sur les caractères dignes d'attention qu'ils présentent, d'abord au point de vue du diagnostic, ensuite au point de vue du pronostic.

Les chancres de l'oreille externe, accidents qui semblent, comme nous le verrons, d'une rareté réelle, sont bien les plus sujets parmi les chancres extra-génitaux, à causer des erreurs de diagnostic ; si leurs caractères sont parfois un peu spéciaux et les font méconnaître, c'est plutôt parce qu'on n'y songe pas. Aussi cette lésion a passé parfois inaperçue ; or, il s'agit ici d'une affection grave, éminemment contagieuse. Il y a donc un grand intérêt à la dépister. Seule la connaissance de la nature de la lésion permettra d'instituer un traitement antisyphilitique, qui sera le seul véritablement efficace. C'est pour raison que nous avons entrepris ce modeste travail, pensant que la connaissance du chancre de l'oreille externe, affection rare, doit être en quelque sorte vulgarisée ; le simple fait d'y penser plus souvent pourra le faire diagnostiquer plus facilement.

L'étude des conditions étiologiques sera également instructive, et nous y insisterons surtout. Nous verrons que des causes d'infection, parfois bizarres à première

vue, sont en jeu. Cette étude étiologique nous permettra, en outre, d'instituer un traitement prophylactique souvent utile, en particulier au sujet du percement du lobule de l'oreille.

Comme pour d'autres chancres extra-génitaux, nous poserons le problème du pronostic ; la syphilis extra-génitale est-elle plus grave, sa généralisation plus rapide, ses suites plus sévères ? On sait que nombre d'auteurs pensent ainsi ; à notre connaissance, la question n'a pas été posée pour les chancres de l'oreille, et nous l'étudierons à l'aide des observations publiées sur ce sujet.

Nous exposerons enfin les particularités que ces chancres peuvent présenter, bien que le plus souvent ils évoluent à la façon des accidents primitifs communs, ils présentent parfois des caractères spéciaux que nous mettrons en lumière ; le diagnostic pourra en être éclairé.

HISTORIQUE

Il est peu probable que l'accident primitif de l'oreille externe ait été connu des anciens.

Au moyen âge, il est permis de supposer que l'accident était d'une fréquence relative ; les chancres extra-génitaux du visage étaient connus, dus probablement à l'absence des soins de propreté des barbiers de l'époque. Ceux-ci étaient chargés de diverses opérations chirurgicales, du percement des oreilles comme nous le verrons, sans préjudice du maniement du rasoir ; il est à présumer que ces diverses fonctions leur avaient fait contaminer un certain nombre de clients : Grüner (*Morbo Gallico Scriptores*, Ténia 1793) rapporte que les barbiers étaient condamnés à une amende de 10 guldens, s'ils employaient des instruments ayant servi pour des syphilitiques. On a rapporté à cette époque des épidémies de syphilis ayant pris naissance dans des boutiques de barbier, par l'usage de rasoirs infectés. Mais il n'est pas fait mention spécialement des chancres de l'oreille externe.

La première communication à cet égard date cependant de cette époque : elle semble un peu fantaisiste. Un certain Conrad Shellig la signale dans un travail remontant entre 1494 et 1497 (*In putulas malas, morbum, quam malam de Francia vulgus appellat*, etc).

Il y soutient que la vérole peut se communiquer non seulement par contact médiat ou immédiat, mais encore par l'intermédiaire de l'air. Il raconte à l'appui de sa thèse l'anecdote suivante : le cardinal Wolsey, qui était atteint de syphilis, résolut d'infecter son royal maître, Henri VIII ; il se pencha pendant une séance, pour lui parler à l'oreille : il paraît que le moyen réussit à souhait. Il est vrai que le même cardinal aurait communiqué aussi la maladie à Anna de Boleyn à travers la grille d'un confessionnal, l'air aidant toujours à transporter le virus !

L'avisé cardinal avait sans doute une grille de confessionnal dont les barreaux étaient suffisamment espacés pour laisser passer le contag.

Hunter, plus près de nous, pense que toutes les régions du corps sont accessibles au virus, et que la porte d'entrée peut siéger n'importe où ; cependant les chancres extra-génitaux sont considérés comme une rareté et les chancres de l'oreille ne sont pas mentionnés. Ricord, Diday, Rollet, Langlebert, par leurs travaux, attirent l'attention sur la fréquence des accidents primitifs extra-génitaux, et dès lors on se préoccupe davantage de ces chancres, en leur découvrant une étiologie souvent extravénérienne.

Le premier cas semblant authentique, a été rapporté par Michel Cullerier (1758-1827) ; il aurait observé un cas d'accident primitif de l'orifice du conduit auditif externe (Bulkley) ; nous n'avons pas trouvé de traces de l'observation. La première observation que nous possédions remonte à 1877, et appar-

tient à Field ; encore s'agit-il peut-être là d'une gomme.

Mais c'est Fournier et ses élèves qui ont surtout insisté sur l'intérêt prophylactique et clinique des chancres extra-génitaux. Les recherches et les statistiques se succèdent de 1853 jusqu'à nos jours, et un certain nombre de chancres de l'oreille ont été observés.

Dans son livre sur les chancres extra-génitaux, Fournier dit en avoir observé 4 cas, qui ont été publiés par ses élèves Hulot, Hermet, Lavergne et Perrin ; Jégu dans sa thèse en rapporte également un certain nombre en 1894. D'autres auteurs en ont rapporté aussi des cas isolés. Le premier travail d'ensemble sur la question date de 1889 et est dû à Bulkley, qui en donne une statistique de 27 cas ; Baratoux, en 1886, dans son livre sur la syphilis de l'oreille, en parle assez longuement. Puis les travaux se multiplient ; Sendziak donne une revue portant sur 28 cas, dont un très contestable. Des cas isolés sont publiés : Krefting, Berliner, Münchleimer, Friedmann, Moses, Scheneur complètent les statistiques de Bulkley et Sendziak ; Fournier, Friedmann et Moses observent chacun un cas, Schener 4 cas, Le Ray et Ledermann chacun un cas en 1904 et 1910. Krause, dans une revue assez complète, rapporte qu'en 1910 il n'en a réuni que 34 cas, dont 27 seulement ont une observation. Nicolas Lannois et Massia en rapportent un cas en 1911, et dans une revue toute récente Massia et Charvet en réunissent 41 cas, dont 30 avec observation. Signalons encore le travail de Martha (1909), l'étude plus ancienne de Pellizari (1882) qui,

avec une observation, apporte une statistique considérable.

On voit que les travaux sur cette question sont assez nombreux, bien que le nombre des observations soit peu considérable. Nous pensons cependant qu'il est suffisant pour pouvoir se faire une idée d'ensemble sur l'affection, permettant d'y penser et de la dépister quand on se trouvera en sa présence.

ÉTIOLOGIE

FRÉQUENCE.

Le fait le plus frappant est tout d'abord sa rareté, son extrême rareté même. Dans une statistique portant sur 9,058 cas de chancres extra-génitaux, Krause a établi la proportion à 0,185 % ; environ un chancre de l'oreille pour 500 extra-génitaux. Claus, à la clinique des oreilles de Berlin, n'en relève pas un seul cas sur près de 10,000 malades, et à la clinique des maladies vénériennes de Berlin, sur près de 4,000 malades, on n'en relève par non plus un seul cas. Dans les statistiques de chancres céphaliques que nous avons pu recueillir, nous n'en avons trouvé que 9 sur 1,394 cas :

Hulot	sur	11	1
Pellizari	—	300	1
Nivet	—	75	3
Morel-Lavallée	—	30	0
Gailleton (th. de Stourme) ..	—	103	0
Pospelow	—	104	0
Cooper	—	5	0
Feulard	—	93	0
Salsotto	—	73	0
Peter	—	17	0
Krefting	—	25	0

Bulkley.....	sur	84	1
Bloch.....	—	66	0
Vignolo-Lutati.....	—	32	0
Papegaey.....	—	372	1
Gaucher (th. de Carivenc) .	—	98	0
Léon Perrin (de Marseille).	—	232	2
Moutot.....	—	77	0

C'est dire que ces chancres sont d'une extrême rareté et qu'ils se comptent. En 1892, Rupp en avait réuni 12 cas ; plus récemment Krause en rapporte 34 ; un cas rapporté par Sendziak dans sa statistique doit être exclu ; il est dû à Guranowski ; mais d'après Heimann et Watroszewski, il s'agit très probablement là d'un cas d'affection tertiaire. Les cas nouveaux depuis les statistiques de Bulkley, Sendziak, ont été rapportés par Fournier, Friedmann, Moses ; Schener en donne 4 cas par percement des oreilles ; Léon Perrin, 2 cas, (Marseille), Papegaey, Gailleton, Nicolas et Massia. Charvet et Massia en rapportent en tout 41 cas, dont 30 avec observation, on peut donc dire que c'est le plus rare des chancres céphaliques.

Age. — Au point de vue de l'âge, on a rencontré de chancre de l'oreille à tous les âges, mais à des degrés différents de fréquence. Les cas dont nous avons retrouvé l'observation se répartissent ainsi :

De 0 à 15 ans.....	6 cas.
Entre 15 et 30 ans.....	4 cas.
De 30 à 60 ans.....	6 cas.

Comme on le voit, le plus grand nombre se trouve chez les enfants et chez les personnes d'un certain âge.

Dans les autres chancres extra-génitaux, le rapport est un peu différent. C'est en effet de 20 à 30 ans, qu'ils sont les plus fréquents : Bulkley, dans sa statistique portant sur un chiffre assez élevé, fixe à cet âge la proportion à 53 %. La raison de cette fréquence particulière, dans l'enfance du moins, réside dans les conditions étiologiques un peu spéciales ; nous verrons en effet que le percement des oreilles qui se pratique à cet âge a été responsable d'un grand nombre de contaminations.

Sexe. — Au point de vue du sexe, dans les observations publiées, nous avons trouvé sur 23 cas où il est noté :

18 cas dans le sexe masculin.

5 cas dans le sexe féminin.

Dans sept cas, il n'y avait pas de renseignements à cet égard. On voit qu'ils sont de beaucoup plus fréquents chez l'homme ; d'autant plus que sur les cinq cas appartenant au sexe féminin, quatre se rapportent à des petites filles (percement des oreilles). On peut même s'étonner que la proportion ne soit pas plus forte chez les petites filles, qui bien plus souvent ont les oreilles percées en vue des boucles d'oreilles. La plus grande fréquence notée dans le sexe masculin est de règle dans les chancres extra-génitaux.

La profession semble n'avoir aucune influence sur le développement de la lésion ; ceci ne doit pas étonner, étant donné que l'accident primitif de l'oreille ne peut être qu'accidentel ; nous avons relevé les métiers suivants chez les malades : charpentier, imprimeur, voiturier, étudiant, tonnelier, serrurier, camelot, matelot

(dans deux cas). On peut voir qu'on a affaire dans la plupart des cas à des ouvriers, bien que rien ne s'oppose à ce qu'il se développe chez des gens ayant des professions libérales (étudiant) ou autres.

MODE DE CONTAMINATION

Le mode de contamination est un des points les plus intéressants de la question, et nous arrêtera plus longtemps que les considérations précédentes, secondaires en somme. L'étude de ces causes nous permettra en effet l'application des mesures prophylactiques d'une certaine utilité dans ce cas.

D'après les observations publiées, les principaux modes sont : le percement des oreilles, le baiser, la morsure ; c'est surtout de ces faits que nous nous occuperons ; le contact par des doigts ou des objets infectés (rasoirs) ont été également notés, et on peut voir les observations les plus curieuses à cet égard. Enfin, nous devons dire un mot des lésions préexistantes (furoncles, eczéma de l'oreille) qui dans plusieurs cas ont été la porte d'entrée de l'infection syphilitique.

Percement des oreilles. — Nous devons nous étendre sur cette question un peu longuement, car cette opération a été le point de départ de véritables petites épidémies de syphilis. Différents auteurs en ont rapporté des exemples curieux : Le Ray, Bernheim, Morel-Lavallée et Deléage ; Krause donne dans sa revue la technique de l'opération, qui présente en même temps qu'un intérêt historique, une grosse importance prophylactique.

La coutume des boucles d'oreilles date de l'antiquité, et déjà à cette époque on avait noté que les porteurs d'anneaux de métal précieux pouvaient être atteints de divers accidents : leur poids peut arriver à déchirer le lobule de l'oreille. Il existait même une classe de matrones, les « auriculæ ornatrices » dont la fonction était de percer les oreilles, poser les anneaux, et panser les plaies qui pouvaient en résulter. Plus tard, au moyen âge, ce furent les barbiers et coiffeurs, en leur qualité de chirurgiens, qui eurent le privilège de pratiquer l'opération ; de nos jours ce sont les orfèvres et les colporteurs, marchands de boucles d'oreilles, qui se chargent de les poser eux-mêmes, du moins dans les régions où persiste la coutume.

On a vu ainsi se transmettre diverses infections : érysipèle, impétigo ; même, disent certains, le lupus ; ceci est au moins douteux. Mais c'est surtout la vérole qui a été ainsi inoculée ; on aurait même observé le développement des chondromes, fibromes et kéloïdes.

A quoi tient d'ailleurs cette coutume ? Dans certains pays, la croyance est répandue que le percement des oreilles et le port d'anneaux préservent des différentes suppurations, otites, maladies des yeux et des gourmes ; dans certaines régions, du moins il n'y a pas encore bien des années, le moindre ganglion malencontreux, survenant chez un jeune enfant, était traité par la méthode, et dans la Bresse, notamment, une partie de l'Isère, on peut voir des hommes d'un certain âge, porter de minces anneaux d'or aux oreilles.

Bernheim, Morel-Lavallée et d'autres décrivent ainsi la technique de l'opération :

L'instrumentation est simple : elle consiste en un poinçon et un bouchon. Le bouchon sert à plusieurs enfants : à chaque séance il est changé. Le poinçon sert pour tous, et jamais la moindre tentative de désinfection ne lui a été infligée. On conçoit que le danger soit grand.

Pour pratiquer l'opération, l'enfant est assis sur une chaise ou sur sa mère; l'opérateur place le bouchon entre le lobule de l'oreille et la région mastoïdienne; il tend alors fortement le lobule sur le bouchon, pendant qu'il tient entre ses lèvres ou ses dents le poinçon prêt à servir, soit par le manche, soit par la pointe, soit par la partie intermédiaire. Quand l'oreille est bien fixée, il pique vivement la partie métallique de son poinçon, portion qui a été en contact avec sa bouche, parfois encore mouillé de sa salive, transfixe ainsi le lobule de l'oreille jusque dans le bouchon. Enfin il passe de suite la boucle d'oreille; parfois aussi on passe un simple morceau de fil de fer dans l'orifice ainsi créé, pour l'empêcher de se refermer, et souvent l'opérateur tenait le morceau de fil de fer également à la bouche. Il y a donc deux sources d'infection : d'abord l'opérateur, ensuite les instruments non désinfectés qui peuvent être souillés d'un sang syphilitique. Actuellement encore, comme le rapportent Massia et Charvet dans leur revue sur ce sujet, il existe dans certains villages des femmes de bonne volonté qui pratiquent l'opération à qui la veut subir, et on serait fort mal venu des parents comme d'elles-mêmes de critiquer la manière d'opérer et l'asepsie plus que douteuse des instruments.

Bernheim a fait lui-même une enquête chez les horlo-

gers et a trouvé une différence dans le manuel opératoire ; ils se servent d'un trocart muni d'une canule de deux millimètres de diamètre environ. Quand on a piqué le trocart, on le retire et la canule reste ; on glisse alors la boucle d'oreille dans la canule, et quand on retire celle-ci, la boucle se trouve mise. Mais d'après l'enquête de Bernheim, le trocart est souvent rouillé et sale, la pointe est parfois émoussée, en tous cas, il n'est jamais bouilli ni stérilisé suffisamment.

Plus récemment, Bernheim a vu chez un fabricant d'instruments un perceur d'oreilles à coulisse automatique : c'est une sorte de pince dont un côté est plat et garni de fer. La pointe peut-être stérilisée facilement, l'opérateur prend l'oreille d'une main, et de l'autre met l'appareil en mouvement. Les doigts ne touchent pas la pointe, qui peut rester aseptique.

Néanmoins, même dans ce cas, les chances d'infection ne sont pas absolument écartées. Généralement, c'est un colporteur marchand de boucles d'oreilles qui, lorsqu'il en vend une paire, perce l'oreille à l'aide de cet instrument, maintenant assez répandu. Or, il ne le stérilise pas chaque fois ; on doit cependant avouer que les chances d'infections syphilitiques sont un peu moindre ainsi.

De ces faits, il ressort que le chancre de l'oreille peut se transmettre facilement par ces différents procédés. Que l'opérateur soit porteur de plaques muqueuses buccales, et qu'il tienne le poinçon à la bouche avant d'opérer, cela suffit pour qu'un chancre se développe au point piqué ; c'est ainsi qu'un certain nombre de cas de « syphilis des innocents » ont pu prendre naissance.

De nombreux auteurs en ont signalé des exemples : Cullerier, Morel-Lavallée, Bulkley, Schener.

Nous avons pu relever dans la littérature six cas de ce genre, et nous en avons réuni trois observations.

Morsure de l'oreille. — Dans un certain nombre de cas, la morsure a été la cause de l'infection. C'est généralement dans une rixe qu'un des combattants, porteur de plaques muqueuses de la bouche inocule la vérole ; il faut avouer que c'est une conséquence rare des batailles ; nous relevons le fait chez deux matelots, sans que rien puisse nous faire supposer que cette profession conduise spécialement à se mordre les oreilles. Cependant dans une certaine vallée du Tyrol, à ce que racontent Hofmann et Baratoux, quand survient une rixe, il est d'usage de chercher à saisir avec les dents l'oreille de l'adversaire, et d'en couper ou d'en arracher ainsi une partie. On pouvait penser que cette coutume au moins bizarre devait entraîner un certain nombre de cas de l'affection qui nous occupe. En effet, Habermann et Gerber parlent nettement des cas d'accidents primitifs de l'oreille observés dans le Tyrol par Hofmann. Cependant, à la clinique d'Insbrück, Lang, Rille n'ont pas observé d'exemple de cette affection.

AUTRES MODES DE CONTAMINATION

A côté de ces deux causes étiologiques qui nous ont semblé les plus fréquentes, nous devons en relever un certain nombre d'autres.

D'abord le contact par des objets souillés. Deux fois

un essuie-main qui avait vraisemblablement servi à un syphilitique a été l'agent de la contagion ; il est probable qu'une friction assez forte avait été produite, condition favorable à la contamination. Dans un cas, un morceau de taffetas d'Angleterre mouillé d'une salive infectée, placé à l'occasion d'une légère brûlure, fut la cause du chancre.

Enfin, les doigts souillés de produits syphilitiques ont deux fois été cause de l'infection. Dans tous ces cas, il faut signaler ce fait que le plus souvent une lésion érosive existait déjà au niveau de l'oreille, ce qui a facilité l'inoculation : furoncle de l'oreille et surtout eczéma. Cet eczéma de l'oreille, nous devons le spécifier, existe très fréquemment dans les cas d'inoculation accidentelle ; on a pu voir aussi une brûlure. C'est dans ces cas que pourraient entrer les syphilis professionnelles, mais il n'en a pas encore été signalé qui emprunte l'oreille comme porte d'entrée.

Dans 7 cas, le baiser a été donné comme responsable de la naissance du chancre. Quel est le mode employé dans les évolutions amoureuses et infectantes, nous ne voulons pas l'exposer ici ; mais là encore, il semble bien nécessaire qu'il y ait une érosion, écorchure, lésion d'eczéma, préexistante au contact.

Citons encore des cas plus rares et uniques. Le rasoir une seule fois a été l'agent infectant ; on peut en effet imaginer que le rasoir n'est pas promené souvent près des oreilles ; c'est ce qui fait la rareté de ces cas ; car on sait que sur les joues et le menton, le rasoir est coupable de nombreux méfaits.

Enfin, un seul cas par un instrument médical : un

nouveau-né a été infecté à l'oreille par un forceps souillé de matières syphilitiques. Ce fait montre une fois de plus qu'on ne saurait être trop prudent et soigneux, et que la prophylaxie de ces sortes d'accidents doit s'appliquer à tous les objets.

On n'a pas encore cité de cas de chancre à l'oreille dû à la contamination par récepteur de téléphone ; mais, comme le pense Fournier, on en signalera certainement un jour ; les plaques muqueuses des oreilles ne sont pas une rareté, et un récepteur peut être souillé et appliqué ensuite sur une autre oreille portant quelques lésions érosives ou eczémateuses. On doit cependant avouer qu'il faudrait un singulier concours de circonstances pour qu'un tel cas se produisît. On pourrait même voir dans ce genre de lésion des cas de chancres de l'oreille comme accident du travail, chez les téléphonistes, par exemple.

Telles sont les principales causes étiologiques du chancre de l'oreille ; on voit que la morsure, le baiser en sont les causes les plus fréquentes ; de même le percement de l'oreille, qui constitue une cause un peu spéciale, et qui actuellement doit être entouré d'assez de précautions pour éviter le retour de pareils accidents. A côté de ces faits, les causes accidentelles, d'ailleurs moins fréquentes, sont plus difficiles à éviter. C'est ce que nous aurons à examiner au chapitre du traitement et de la prophylaxie.

ÉTUDE CLINIQUE

L'étude clinique du chancre de l'oreille ne comporte pas de très grands développements ; à part quelques points un peu spéciaux, c'est un chancre évoluant comme tous les chancres ; quant aux suites de la syphilis contractée par l'oreille, nous aurons à en parler également. On sait que certains auteurs ont pensé que les syphilis extra-génitales étaient plus graves que les autres. Nous verrons si cette hypothèse se réalise ici.

Localisation. — Celle-ci est extrêmement variable ; ceci s'explique facilement, étant donné la variabilité des causes occasionnelles. Au lobule, elle a été notée 6 fois, et ces cas sont le plus souvent en rapport on le conçoit avec les suites du percement des oreilles ; 5 ou 6 fois, le chancre était localisé à la conque, 3 fois à la surface postérieure, 3 fois à l'hélix et anthélix, 4 fois au tragus et antitragus, 3 fois à la surface intérieure, 2 fois sur les bords du pavillon, une fois à la crête de l'hélix ; naturellement, les parties les plus saillantes sont les plus exposées à la contamination accidentelle. Quant au chancre du conduit auditif, il a été noté sur les pourtours de l'orifice externe, et on a pu le voir se prolonger à l'intérieur, une fois même jusque sur le tympan. Mais il s'agit toujours dans ces cas de l'exten-

sion progressive d'un chancre existant sur la partie extérieure de l'oreille.

L'incubation n'a pas semblé présenter rien de particulier ; elle a été de 14 jours à 4 semaines ; encore les cas d'incubation courte sont-ils parfois douteux, et peuvent provenir d'une erreur d'observation du malade ; du moins dans les observations que nous rapportons.

La plupart du temps le chancre est unique ; deux fois seulement, on a noté la présence de chancres multiples ; une fois l'autre chancre siégeait à la joue, une autre fois aux organes génitaux.

Symptômes. — Il ne présente généralement pas des particularités bien spéciales, à part les formes qu'il affecte parfois et que nous décrirons plus loin. C'est au début la petite rougeur bientôt papuleuse, lenticulaire, se transformant bientôt en une ulcération à bords nets, à configuration ronde ou ovale ; à cet égard, les chancres de l'oreille ont parfois une disposition irrégulière, due à la forme de l'oreille, irrégulière elle aussi. Dans un cas, il avait une forme en lèvres. La surface est unie et lisse, du moins quand on l'a débarrassée des croûtes ou exsudats qui la recouvrent souvent comme nous le verrons. Cette surface est rarement crevassée, parfois élevée en papule, souvent bombée ; on a toujours à faire à une érosion plutôt qu'à une ulcération, comme depuis longtemps déjà Fournier l'a répété.

Le volume du chancre est très variable. De la dimension d'une lentille ou d'une amande le plus souvent, il peut envahir de grandes portions de la région, surtout en cas de phagédénisme. La couleur est celle de tous les

chancres : rougeâtre, chair musculaire suivant l'expression consacrée, parfois rouge foncé, jaune rougeâtre, cuivrée, ailleurs gris sale ; tout ceci n'est pas visible au premier abord, cela est évident, dans les chancres recouverts de croûtes ou d'enduits purulents.

L'induration présente à signaler un fait particulier ; si elle est perceptible au lobule et sur les parties périphériques où la peau peut être prise entre les doigts, il n'en est plus de même dans la conque auditive et sur la face postérieure, ainsi que sur la région mastoïdienne.

En effet, ici la peau n'est pas mobile, et on ne pourra sentir l'induration. Cette absence d'induration, ou du moins de possibilité de la constater est un des caractères particuliers des chancres de l'oreille. Tels sont les caractères du chancre de l'oreille ; ils n'ont rien de particulier. Mais ce sont en général des accidents longtemps méconnus ; nous insistons tout particulièrement sur ce fait que les malades arrivent après avoir fait une foule de traitements, sauf le bon, bien entendu. Ce chancre a le plus souvent été traité en bobo sans importance ; les topiques les plus divers y ont été appliqués, de sorte qu'en général il est plus ou moins modifié, ce qui va souvent encore en rendre le diagnostic plus délicat. On a donc surtout affaire cliniquement à des ulcérations parfois très douloureuses, comme nous le verrons, surtout rebelles, et qui finissent par inquiéter le malade.

Mais à côté de cette forme normale pour ainsi dire, nous devons au point de vue clinique en signaler quelques autres.

1° *Chancres croûteux*. — C'est certainement la plus fréquente, d'après nos observations, soit que cela tienne aux soins de propreté sommaires, soit plutôt, à l'application des pommades, onguent les plus divers. Cette forme se caractérise par la présence de formations croûteuses surajoutées au chancre qu'elles masquent. Ces chancres saignant souvent, la production est brunâtre, plus ou moins foncée. Due au dessèchement du pus et des sérosités sous-jacentes, elles peuvent présenter des colorations diverses, devenant parfois plus ou moins jaunes, prenant enfin un aspect plus ou moins mellicérique, qui fait facilement prendre une telle lésion pour de l'impétigo banal. Cette croûte épaisse et compacte ne prend généralement pas un aspect rupioïde ; enfin elle se détache avec une certaine facilité, pour montrer sous elle la lésion saignotante, mais beaucoup plus caractéristique, que nous avons décrite plus haut. On pourrait presque donner à ces chancres le nom de *chancres ecthymateux*, vu leur ressemblance fréquente avec cette lésion, qui peut aussi donner le change.

2° *Chancres ulcéreux*. — Bien moins fréquents à l'oreille que les premiers qui restent bien la forme la plus souvent rencontrée, avec les chancres ordinaires sans caractères spéciaux, on peut en voir cependant quelques exemples.

La variété creusée, dite *cupuliforme*, nous a semblé la seule en cause ; les chancres surélevés ne se sont pas encore rencontrés à l'oreille, nous voulons parler de la forme dite « en lampion ».

Quant aux formes de *chancres nains*, ou de *chancres*

géants, nous ne pensons pas qu'on doive en faire ici des formes spéciales. Rarement il s'est trouvé hypertrophique, et nous n'en dirons rien non plus.

En somme, comme forme spéciale aux chancres de l'oreille, à part la forme ordinaire des chancres, nous n'avons à relever que la forme croûteuse.

Nous pourrions placer là une forme spéciale: c'est celle qui s'accompagne d'infection secondaire qui est particulièrement fréquente au niveau de l'oreille, nous en parlerons à propos des complications.

ADÉNOPATHIE DU CHANCRE DE L'OREILLE

Elle n'a jamais manqué dans le cas que nous avons relevé ; on sait d'ailleurs que ce signe des chancres syphilitique est, on peut le dire, constant.

Elle a les caractères habituels de cette sorte d'adénopathie : ganglions gros, réguliers et ronds, indépendants les uns des autres, roulant sous le doigt, indolores ; l'un est plus gros que les autres, souvent il est le plus rapproché de la lésion ; enfin leur nombre est variable, ici souvent considérable, étant donnée la richesse en ganglions de cette région.

Leur localisation est variable elle aussi.

D'abord les ganglions de la chaîne carotidienne sont pris, mais la pléiade peut se prolonger tout le long de cette chaîne pour aller jusque dans le creux sus-claviculaire.

Les ganglions de la partie postéro-latérale du cou sont pris eux aussi, souvent visibles à l'œil, semblables au chapelet de Ricord, mais unilatéraux. Enfin, on voit

le plus souvent aussi les ganglions mastoïdiens engorgés, ainsi que le préauriculaire.

Mais là aussi, souvent ces ganglions présentent des caractères un peu spéciaux qui peuvent donner le change sur la nature réelle de l'affection.

En effet, la présence des infections secondaires peut intervenir; on n'a plus les ganglions aphlegmasiques, indolents, durs, mobiles et indépendants caractéristiques.

Le plus souvent, comme ceci est de règle dans bien des chancres de la face, on a des ganglions très gros, adhérents, douloureux, enflammés et rouges, bref, ayant toutes les allures de ganglions inflammatoires.

Cependant, nous n'avons pas vu dans nos observations de cas où l'inflammation soit allée jusqu'à la supuration. Toutefois, ces faits sont importants à connaître dans l'affection qui nous occupe; car, au point de vue du diagnostic, il ne faudra pas perdre de vue que ce caractère inflammatoire ne devra pas nous faire éliminer la syphilis.

Evolution. — Nous dirons quelques mots du chancre de l'oreille; le plus souvent, il évolue sans complication. La réparation se fait de la périphérie au centre; l'emplacement du chancre reste parfois longtemps encore rouge bleuâtre; parfois aussi, il persiste une pigmentation à son niveau; en général, la guérison survient, laissant un reliquat à peine visible. Il est même à remarquer que cette lésion, parfois volumineuse, ne détermine aucun trouble de l'ouïe, ce qu'on pourrait supposer, en voyant le conduit auditif parfois très

enflammé ; bien qu'il ait pu se produire parfois un léger rétrécissement du conduit auditif survenu après la guérison, on n'a rien signalé de semblable.

La cicatrisation peut être parfois fort longue et durer plusieurs mois : c'est exceptionnel, d'ailleurs.

Complications :

1° *Phagédénisme*. — Celui-ci a été dans les chancres de l'oreille particulièrement noté ; Fournier, sur 4 cas, en a vu 2 de nettement phagédéniques ; dans le cas de Nicolas et Massia, on n'a noté une fissure assez profonde entre deux cartilages et une extension progressive du côté du conduit auditif ; enfin, sur les 30 cas que nous avons recueillis dans la littérature, nous pouvons noter en tout 5 cas de phagédénisme plus ou moins accusé, mais indubitable ; ce qui donne un pourcentage de 17 %. Peut-être s'agit-il de coïncidences, et le nombre des cas est-il trop faible pour qu'on tienne un grand compte de ces faits ; en tous cas, il était intéressant de noter ici cette tendance au phagédénisme.

2° *Infection secondaire*. — Nous l'avons vu, l'infection secondaire est fréquente, comme d'ailleurs dans un grand nombre de chancres céphaliques. Les ganglions s'enflamment, grossissent, se réunissant en une grosse masse rouge, donnant l'impression d'un adéno-phlegmon. Mais, dans les chancres de l'oreille, il n'y a pas de cas où la lésion ait suppuré ; nul doute que le fait n'arrive un jour ; car, dans les chancres céphaliques, cette éventualité, pour être rare, n'en a pas moins été relevée à plusieurs reprises.

3° *Complications du côté de l'oreille.* — Nous l'avons vu, le chancre peut par extension gagner le conduit auditif externe et l'obturer plus ou moins par l'œdème et la suppuration ; dans un cas, le tympan a été pris et perforé ; le chancre était d'ailleurs phagédénique au plus haut degré et avait produit des désordres graves sur d'autres points. Il y eut aussi une otite moyenne considérable dont la guérison fut longue. Cependant ces faits sont très rares ; de plus, le traitement mercuriel institué assez tôt arrête vite les accidents.

PRONOSTIC

Quelle sera l'évolution ultérieure de la syphilis dans le cas de chancre de l'oreille ? Quelle influence peuvent-ils avoir sur la gravité de l'infection et sur l'apparition des accidents ? Nous le verrons successivement.

1° *Date d'apparition des accidents secondaires.* — Dans les chancres céphaliques, plusieurs auteurs pensent que les manifestations secondaires, telles que la roséole sont plus précoces que dans les chancres génitaux. Luisi, dans sa thèse, résumant les auteurs qui l'ont précédé, soutient en effet que dans un certain nombre de chancres extra-génitaux l'échéance des accidents secondaires est avancée, et que la période de la seconde incubation de la syphilis, au lieu d'être d'environ 45 jours, se trouve raccourcie. Jeanselme a présenté des cas de ce genre. Il pense que dans les cas de syphilis par blessure d'instruments contondants, on observe des évolutions très rapides. Il a même observé dans ces cas une période secondaire plus bruyante et

plus riche en manifestations cutanées. Gaucher et Milion, admettent aussi cette précocité dans les chancres céphaliques.

Dans les cas dont nous rapportons les observations, nous avons trouvé les chiffres suivants : 22, 26, 25, 43, 45, 47, 54 jours 3 mois (?)

On le voit pour la majorité des cas, la seconde incubation a été normale, mais, dans trois de ces cas, elle a été notablement raccourcie. Ces faits semblent bien rentrer dans la catégorie de ceux que nous citons plus haut. Dans certains cas de chancres de l'oreille, l'apparition des accidents secondaires est sensiblement avancée.

Ces faits demandent encore à être contrôlés et des observations nouvelles seraient nécessaires pour les établir définitivement.

Quelle explication donner à la rapidité d'éclosion des accidents secondaires ?

Petrini de Galatz (*Presse med. de Roumanie*, 1894), pense que cette précocité est due à la richesse en lymphatiques des territoires cutanés où siègent les chancres extra-génitaux. L'absorption du virus est plus rapide et la généralisation plus précoce s'ensuit.

Luisi se demande s'il ne s'agirait pas d'autre part d'une défense ganglionnaire anatomiquement insuffisante, sans expliquer pourquoi d'ailleurs.

Nous n'avons pas trouvé signalé dans nos cas de chancre de l'oreille la localisation uniquement sus-diaphragmatique de la roséole, on sait que pour certains auteurs (Jeanselme) il est normal de constater le début, et ensuite la prédominance de la roséole sur le thorax.

Influence sur la gravité de la syphilis. — Le chancre de l'oreille, par suite de son siège céphalique, est-il suivi de syphilis d'une gravité plus grande que celle des chancres génitaux? Fournier rejette cette prétendue gravité des chancres extra-génitaux soutenue par plusieurs auteurs; en réalité, les formes graves, cérébrales et nerveuses ne s'observent pas plus souvent. Jeanselme considère au contraire que la syphilis cérébrale et les iritis, etc., sont plus fréquentes dans les chancres céphaliques.

Nous devons avouer que dans nos observations de chancre de l'oreille, rien ne peut nous donner une démonstration de ces faits; les syphilis ayant eu cette porte d'entrée ne nous semblent pas comporter une gravité plus particulière et nous concluons qu'à ce point de vue elles sont semblables aux syphilis génitales.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic du chancre de l'oreille n'est en général pas difficile, du moins quand il présente les caractères normaux des accidents primitifs. Cependant, il faut compter avec les formes anormales, en particulier la forme croûteuse, qui peuvent donner à l'affection des caractères un peu spéciaux et la faire passer pour une lésion banale. De plus, il faut savoir, comme dans toutes les affections rares, qu'on n'y pense pas. La difficulté du diagnostic résultera surtout de ce fait, qu'on est tellement peu habitué à voir cette localisation du chancre, qu'à un examen superficiel et rapide, on pensera à toute autre chose. Ceci dit, avec quelles affections devons-nous faire le diagnostic?

1° *Chancres simple*. — Nous n'en avons vu aucun cas rapporté qui occupe cette localisation; nous pensons qu'on ne devra pas en tenir compte dans le diagnostic, ou qu'on devra en tous cas l'éliminer rapidement. On sait la rareté des accidents chancrelleux en dehors des organes génitaux, bien que dans ces derniers temps, on en ait rapporté quelques cas.

En tous cas, les caractères en sont un peu différents; les bords décollés de l'ulcération, un peu taillés, sa couleur, sa multiplicité, devront le faire éliminer. On ne devra pas s'en laisser imposer par un ganglion phlegmoneux semblant devoir suppurer; on sait que cette forme est fréquente dans les ganglions des chancres céphaliques, et si la suppuration n'a pas encore été notée dans les chancres de l'oreille, il est probable qu'on la signalera quelque jour.

2° *Impétigo*. — Un chancre croûteux de l'oreille peut revêtir l'aspect d'un impétigo de Tilburg Fox, de par la présence des croûtes mellicériques, le suintement, la suppuration. Mais il est bien rare que l'impétigo se localise uniquement à l'oreille; on peut dire que la règle est d'avoir des lésions multiples, surtout à la face. D'ailleurs, une fois les croûtes enlevées, on constate une érosion bien différente, non plus rouge, mais jaunâtre, irrégulière, parfois profonde. Il ne peut être ici question de l'impétigo pédiculaire, dont les ganglions pourraient donner le change; la présence des lésions au cuir chevelu, à la nuque, et la présence des parasites lèvera vite tous les doutes. Enfin la présence parfois constatée des lésions élémentaires pustuleuses de l'impétigo fixera vite le diagnostic.

3° *Ecthyma*. — Ce n'est guère la localisation de l'ecthyma, et là aussi, la lésion ne peut guère se présenter avec ce caractère d'unicité. Cependant, on devra étudier la lésion de près dans certains cas ; on peut voir des ecthymas, surtout scabiéiques et pédiculaires, très difficiles à différencier du chancre syphilitique ; mais cependant dans cette région, la présence des ganglions et leur étude approfondie sera d'un grand secours pour le diagnostic. De plus, une pustule d'ecthyma ne dure guère plus de 20, 25 jours, quitte à s'ensemencer plus loin ; on sait que pour le chancre il en est autrement, et qu'en général les malades qui sont porteurs d'un chancre se présentent au médecin après un temps plus ou moins long de traitement. Il n'en est pas moins vrai que dans certains cas, le diagnostic sera malaisé, étant donnée la rareté du chancre de l'oreille.

4° *Affections inflammatoires*. — Les douleurs du furoncle de l'oreille bien connues, l'évolution, différencieront vite cette lésion du chancre ; de même les plaies banales, l'anthrax, l'eczéma si prurigineux, ne seront pas souvent mis en question ; on devra y penser pour les éliminer ; leurs caractères particuliers sont suffisants pour faire facilement le diagnostic, de même que leur mode d'évolution.

5° *Cancroïde*. — Le cancroïde de l'oreille, assez rare lui aussi, peut cependant faire errer le diagnostic ; cette ulcération s'accompagne de ganglions, est indolore, peu inflammatoire, recouverte parfois de croûtes, tout comme le chancre syphilitique. Cependant, un cancer ne sera ulcéré qu'au bout d'un temps assez

long ; il a évolué en commençant par un petit bouton, excorié plus tard, ayant une évolution se chiffrant par des mois, surtout en cette région ; de même les ganglions ne surviennent qu'au bout d'un temps assez long ; de sorte qu'un chancre, à ganglions gros, inflammatoires souvent, comme c'est le cas ici, et apparition rapide, comme c'est la règle, ne pourra pas être pris pour un chancre. L'examen de l'ulcération, la présence d'une bordure perlée ne laissera d'ailleurs aucun doute.

6° *Lupus vulgaire*. — Il ne peut être ici question de différencier le chancre du lupus érythémateux, qui n'est que rarement ulcéré. Le lupus vulgaire pourra parfois ressembler de très loin au chancre de l'oreille ; mais les croûtes enlevées, l'examen de la lésion se montrera bien différente, plus ou moins végétante, remplie de bourgeons ; la présence des nodules sucre d'orge sera caractéristique. Enfin, l'évolution longue du lupus et des antécédents sera assez spéciale pour que le diagnostic soit facile à poser.

7° *Autres accidents syphilitiques*. — Les plaques muqueuses et autres accidents secondaires qui peuvent se voir à l'oreille se différencient facilement du chancre ; leur multiplicité, leur aspect objectif ne laisse aucun doute à un examen un peu soigneux. Les gommès ulcérées ne sont souvent pas aussi faciles à différencier. Tous les caractères d'un chancre croûteux ou légèrement phagédénique peuvent être réunis ; leur rareté ne le fera pas diagnostiquer, puisque le chancre lui-même est très rare. L'évolution seule dans certains cas tran-

chera le diagnostic; bien entendu, les antécédents syphilitiques du malade lèveront les doutes quand ils existeront. Enfin, la recherche positive du tréponème dans la lésion fera pencher pour le chancre. D'autre part, l'évolution nette d'un nodule d'abord dur, puis ayant suppuré, et donnant ensuite l'ulcération creusée, à bords taillés à pic sera nettement en faveur d'une gomme. Mais le diagnostic restera parfois en suspens. Le traitement antisiphilitique aura une action bienfaisante sur l'une et l'autre lésion. Telles sont les principales affections qui pourraient être prises pour un chancre de l'oreille, nous ne parlerons que pour mémoire de certaines kéloïdes, des brûlures, etc., qui ne sauraient être confondues. En somme, il suffira de penser à un chancre de l'oreille, devant un malade se présentant avec une lésion ulcéreuse, plus ou moins inflammatoire, accompagnée de ganglions, eux aussi parfois enflammés, à allure d'adéno-phlegmon; l'examen soigneux de l'ulcération, des conditions étiologiques nous renseignera suffisamment pour poser avec vraisemblance un diagnostic exact.

TRAITEMENT

Nous ne voulons pas entrer ici dans de longs développements à propos du traitement. Celui-ci sera ce qu'il est pour la syphilis : administration du mercure sous toutes ses formes, suivant les préférences de chacun et suivant les indications. Dans les observations que nous rapportons, on a employé tous les modes d'administration : frictions, pilules, injections intra-musculaires. Dans le cas qui a été l'occasion de ce travail, on fit de l'huile grise, et en quelques jours, la lésion fut très modifiée. Il est d'ailleurs remarquable de voir, là comme ailleurs, que le traitement mercuriel amène un affaissement très rapide des lésions, et une guérison en peu de temps.

Dans les cas de chancres exubérants, vastes, on se trouvera bien de l'emploi du sirop mixte; l'administration de l'iodure dans ces cas amène une diminution rapide des lésions, et dans les cas de chancres de l'oreille, où il existe souvent des lésions exubérantes, ce traitement sera assez souvent indiqué. Il n'existe pas à notre connaissance des cas de chancre de l'oreille traité par l'arsénobenzol; mais le cas échéant, on pourra, sans doute, voir avec l'emploi du 606, l'action ordinaire de ce médicament qui ne présente là pas d'indication particulière.

Le traitement local; soins de propretés minutieux, lavages au sublimé à 1/1000, et applications de pom-mades mercurielles sera également nécessaire, et aidera puissamment à la guérison rapide des lésions.

Traitement prophylactique. — Dans un certain nombre de cas, il y aura lieu de songer à la prophylaxie; ce serait surtout le lieu de parler ici des chancres dus au percement des oreilles. On comprend qu'à l'heure actuelle la transmission de la syphilis par ce moyen devra être tout à fait supprimée. Le moyen d'ailleurs n'en est pas facile: comment empêcher les bijoutiers, les colporteurs ambulants de percer eux-mêmes les oreilles de leurs clientes? Avec Lassar, on peut penser que ce n'est pas à des règlements de police qu'il faudra s'adresser; ils ne peuvent avoir aucune influence sur les habitudes du peuple; et c'est surtout l'éducation à ce point de vue qu'on devra faire entrer peu à peu dans les mœurs. Il serait à souhaiter que tout le monde possédât à l'heure actuelle des notions et des habitudes de propreté, des notions d'asepsie même, nécessaires pour éviter le retour de faits aussi désastreux que les épidémies de syphilis par la piqure des oreilles. Comme le font de plus en plus les coiffeurs par exemple, il faudra que chaque individu appelé à provoquer une plaie quelconque prenne l'habitude facile à acquérir de flamber ou de stériliser les instruments dont il se sert. C'est le rôle du médecin à l'heure actuelle, et il doit faire entrer peu à peu dans l'esprit populaire ces notions d'asepsie qui de nos jours sont aussi naturelles pour lui que les fonctions les plus banales.

Quant aux chancres accidentels, morsure, baiser, instruments de toute sortes nous n'en dirons rien : la propreté et l'asepsie est nécessaire partout ; on pourra la réaliser pour les instruments, mais qui pourra jamais penser faire disparaître les plaques muqueuses de la bouche de tous les vérolés ?

Tel est le traitement, tel est ce que nous pensons de la prophylaxie ; on voit que celle-ci n'est pas encore prête à être réalisée de façon idéale.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Due à l'obligeance de MM. Nicolas, Lannois et Massia.)

Chancre induré de l'oreille.

N..., 24 ans, camelot, entre à la clinique dermatologique de l'Antiquaille le 24 juin 1911, pour une ulcération de l'oreille. On ne trouve rien à signaler dans ses antécédents, au point de vue des maladies générales.

Pas de blennorrhagie. Il y a deux ans environ, le malade eut une inflammation au niveau de la verge dont la cicatrice existe encore. La forme en cratère de celle-ci peut faire penser à un chancre mou, ou à un kiste sébacé suppuré. Le malade n'a eu aucune autre maladie à signaler.

Il y a quinze jours, il vit se développer sur son oreille droite, au niveau de la conque, en arrière du conduit auditif, un petit bouton qui le démangeait légèrement. Puis ce bouton ne tarda pas à s'ulcérer et actuellement on a affaire à une ulcération irrégulière de la grandeur d'une pièce de 1 franc, siégeant dans le pavillon de l'oreille, et se prolongeant dans le conduit auditif. L'ulcération est un peu tomenteuse, jaunâtre, légèrement suppurante, ne saignant pas. Elle n'est aucunement surélevée, et on ne peut se rendre compte de son induration. Au centre, on voit un pertuis qui s'enfonce dans la profondeur, et va jusqu'au cartilage qui n'est pas perforé. Les bords sont assez bien limités, non surélevés. Elle est assez superficielle, n'a jamais été douloureuse.

On constate sur le même côté du cou des ganglions un peu durs, indépendants les uns des autres, non douloureux.

L'un d'entre eux, préauriculaire, gros comme une noisette, est situé sous un petit kyste sébacé. Deux autres plus volumineux, situés le long de la chaîne carotidienne; enfin plusieurs autres sont en arrière dans le creux sus-claviculaire.

La lésion a tous les caractères d'un chancre syphilitique, très légèrement envahissant, phagédénique.

La recherche des tréponèmes à l'ultra-microscope a été positive. On ne constate actuellement aucun accident secondaire de la peau ou des muqueuses. La gorge est normale. Il n'y a rien à signaler du côté de l'ouïe. Le malade entend normalement, n'a pas de bourdonnements. ce qui donne à penser qu'il n'a rien au tympan. L'examen des autres organes est négatif.

Le malade est mis à l'huile grise.

11 juillet 1911. — Le malade présente une légère périostite alvéolaire, à gauche, avec tuméfaction de l'os et des ganglions. Sur le corps, quelques légères et petites macules, début de la roséole.

OBSERVATION II

(HULOT. — Chancres extra-génitaux. *Annales de Dermatologie et Syphil.*, 1879, p. 47.)

Chancre de l'oreille. — Ganglions satellites. — Roséole. Syphilides scrotales. — Plaques opalines des amygdales.

Le nommé M..., tonnelier, 21 ans, se présente le 3 novembre 1877 dans le service du Dr Fournier, salle Saint-Louis, n° 57, à l'hôpital Saint-Louis.

Cet homme certifie n'avoir jamais eu aucune affection vénérienne. Par sa profession, il est exposé à boire assez souvent, mais il dit que depuis quelque temps il ne supporte plus le vin ni l'alcool. Depuis environ trois mois, il a le corps couvert de boutons, dont le plus grand nombre sont aujourd'hui à l'état de taches grandes comme de fortes lentilles,

et ont une couleur brunâtre. Ces boutons lui auraient provoqué, nous dit-il, de fortes démangeaisons, surtout dans le dos. Sur les épaules et un peu dans le dos, on trouve en effet un certain nombre de boutons écorchés et de coups d'ongles, aisément expliqués par une phtiriasse intense. Mais pourquoi ces boutons ne sont-ils pas tous également prurigineux ? Un d'entre eux, dont l'origine remonte au début de l'éruption parasitaire, c'est à dire à environ trois mois, a suivi une marche tout à fait différente des autres ; il est régulièrement développé, pendant que les autres se seraient successivement effacés. Situé à gauche, au devant de l'oreille, en arrière de la branche montante du maxillaire, immédiatement à la base du tragus, ce bouton écorché fréquemment s'est peu à peu transformé en une grande ulcération de forme ovale, à grand diamètre vertical et offrant environ les dimensions d'une amande. Sous une croûte brunâtre, palissandre, à fleur de peau et que l'on fait tomber au moyen d'un cataplasme, on trouve un chancre syphilitique des mieux caractérisés par son aspect chair musculaire, piqueté de sang veineux, par sa petite couenne grisâtre adhérente, presque centrale, mais un peu rapprochée de la base du tragus ; par son auréole violacée, par sa zone inflammatoire très étroite et sa base indurée, chondroïde, élastique, très bien limitée au dessous de la lésion...

Sous l'apophyse mastoïde correspondante, on trouve plusieurs ganglions un peu engorgés, durs et indolents, une véritable pléiade. De plus, les ganglions trapézoïdiens gauches sous-maxillaires et inguinaux des deux côtés sont également atteints.

Depuis cinq semaines, le malade porte au scrotum des syphilitides papulo-érosives encore humides. Depuis une quinzaine de jours, il souffre de la gorge en mangeant ; on trouve sur ses amygdales des plaques opalines des plus évidentes.

L'étiologie a été impossible à préciser. Il est seulement probable qu'un bouton ou une écorchure ont été, au début de la phtiriasse, la porte d'entrée de la syphilis. Mais,

d'après les vagues renseignements obtenus, il ne nous est pas permis de dire si la contagion a été directe ou indirecte. Pour la roséole, le malade n'a pas pu s'en apercevoir. Sa forme papuleuse l'a fait confondre avec l'éruption parasitaire.

OBSERVATION III

(HERMET. — *Annales de dermatologie et syphiligraphie*, 1886, p. 87.)

Chancre induré du sillon auriculo-mastoïdien.

La nommée Aug. T..., âgée de 41 ans, entre à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Fournier, le 21 novembre 1885, salle Henri IV, lit n° 35. C'est une femme d'un vigoureux aspect, marchande des quatre saisons et n'ayant aucune habitude alcoolique. Elle s'est mariée à 17 ans, et a un fils bien portant, âgé aujourd'hui de 25 ans.

Elle raconte que dans les premiers jours de septembre, elle s'aperçut qu'elle avait dans le pli auriculo-mastoïdien un petit bouton, gros comme la tête d'une épingle. Ce bouton était indolore, et elle ne s'en préoccupa pas. Cependant plusieurs fois par jour elle y portait le doigt, le grattait avec son ongle et l'enlevait, le bouton repoussait vite, et chaque fois plus volumineux.

Ce manège dura un mois, la santé générale était satisfaisante et quoique préoccupée dans une certaine mesure de la persistance de ce « bobo », suivant son expression, ne consulta-t-elle personne. Néanmoins, elle crut utile d'instituer un traitement, et elle appliquait le soir, son travail terminé, un cataplasme de fécule sur la partie malade. Elle le continua huit jours et s'abstint d'y toucher, convaincue que la guérison avait été empêchée par les grattages incessants auxquels elle s'était livrée.

Malgré cela, le bouton était devenu une petite plaie qui tous les jours gagnait en étendue. Elle ne souffrait pas et pendant deux semaines elle suspendit les cataplasmes.

Un matin, elle constata au niveau du sterno-mastoïdien dans son tiers supérieur à peu près, la présence d'un ganglion de la grosseur d'un pois. Elle se décida alors, toujours de sa propre autorité, à instituer une médication plus énergique. Elle appliqua au-dessous « de sa glande » une mouche de Milan qu'elle laissa 24 heures en place, et pansa ensuite avec du cérat et du papier brouillard. L'érosion provoquée par la mouche se cicatrisa en deux jours, mais à partir de ce moment la malade ressentit dans tout le sillon auriculo-mastoïdien une douleur assez vive, qui la nuit devenait beaucoup plus intense. La plaie occupait alors toute l'étendue du sillon, elle suppurait un peu, et la douleur était assez violente pour lui enlever tout sommeil.

Inquiète de la persistance de ce « mal » qui loin de se cicatriser augmentait sans cesse, elle se décida à venir à l'hôpital demander un conseil et on l'engagea à entrer dans les salles.

Etat actuel. — Dans le sillon auriculo mastoïdien on constate deux bourrelets, l'un auriculaire, l'autre mastoïdien, de la grosseur d'un crayon ordinaire, et longs d'environ cinq centimètres. Leur coloration est rouge cuivre. Ils ressemblent à deux grandes lèvres, et la comparaison paraît encore plus juste si on tire le pavillon de l'oreille en avant; on a exactement l'aspect de deux grandes lèvres qu'on entr'ouvre. On aperçoit alors une ouverture béante dont les bords sont recouverts de croûtes grises et dont le fond est occupé dans toute son étendue par une ulcération grise qui laisse écouler un liquide sanieux, légèrement sanguinolent. Cette ulcération a une profondeur d'environ un centimètre. Un peu au-dessous du lobule de l'oreille, sur le trajet du sterno-mastoïdien existe une plaque d'eczéma produite par la mouche de Milan. Derrière le même muscle, dans son tiers supérieur, la palpation permet de constater l'existence d'une pléiade ganglionnaire.

L'examen de la gorge révèle, sur le voile du palais, la présence de syphilides érosives.

La malade nie toute éruption antérieure, on aperçoit cependant sur le corps de nombreuses taches brunâtres, pigmentées, qui paraissent être les traces d'une roséole.

A première vue, le diagnostic présentait quelques difficultés, on pouvait se demander si on n'avait pas affaire à un eczéma du pli auriculo-mastoïdien, mais la marche de la maladie, la présence de la pléiade ganglionnaire et celle des plaques du voile du palais ne permettaient aucun doute, et le diagnostic de chancre induré s'imposait.

Le 24 novembre, un phénomène nouveau vint, s'il eût été besoin, lever tous les doutes ; ce fut l'apparition sur tout le corps d'une roséole indéniable. La malade se plaignait en même temps d'une légère douleur aux parties, et l'examen fit constater une syphilide érosive sur la grande lèvre gauche.

Une question fort intéressante se posait. Comment expliquer la présence d'un chancre induré dans une région qui ne passe pas d'ordinaire pour servir de porte d'entrée à la syphilis ? La malade n'avait aucun souvenir d'un fait quelconque qui pût nous mettre sur la voie, elle aimait beaucoup les enfants, disait-elle, elle en embrassait un grand nombre, mais elle ne se rappelait pas avoir été embrassée par aucun d'eux derrière l'oreille. Il y avait bien son mari qui peut-être l'avait embrassé là, mais il se portait bien, était très fort et n'avait jamais eu aucune maladie. C'était un alcoolique, mais il était fidèle.

Une confrontation parut néanmoins nécessaire, le mari vint à l'hôpital et après un interrogatoire minutieux. M. Fournier apprit que trois mois auparavant il avait eu un chancre de la verge.

Il fut alors attentivement examiné et on constata :

- 1° La cicatrice du chancre qu'il avait avoué ;
- 2° Une pléiade ganglionnaire ;
- 3° Une roséole ;
- 4° Des syphilides de la bouche ;
- 5° Une ulcération indurée du bout de la langue, que M. Fournier diagnostiqua chancre ;
- 6° Une pléiade sous-maxillaire.

Il ne fit d'ailleurs aucune difficulté pour avouer qu'il avait vu une autre femme que la sienne.

Le chancre de la femme qui fait le sujet de cette observation est pansé à l'iodoforme et marche rapidement vers la cicatrisation.

Un traitement général a été en même temps institué et la malade prend chaque jour une pilule de proto-iodure.

OBSERVATION IV

(LAVERGNE ET PERRIN, in *Archives de dermatologie et syphiligraphie*, 1884, p. 336.)

Chancre induré de l'oreille gauche, consécutif à une morsure par un homme syphilitique.

X... Louis, 26 ans, serrurier, entré le 15 janvier 1883, hôpital Saint-Louis, n° 58 bis (service de M. le professeur Fournier).

Père et mère bien portants, n'ayant jamais eu de maladies vénériennes. Comme antécédents personnels, le malade a eu des maux d'yeux dans son enfance, la fièvre typhoïde à 4 ans, la variole à 5. Depuis cette époque, il s'est bien porté.

Pas de rhumatismes, pas de fièvres intermittentes.

Habituellement, il boit environ 3 litres de vin par jour et quelques petits verres, le matin avant de commencer sa journée.

Absence de tout antécédent syphilitique jusqu'au jour où il a contracté la maladie qui l'amène à l'hôpital. Il a eu seulement trois blennorrhagies, la dernière datant de 1879.

Il raconta que le 25 octobre dernier, se trouvant à la foire Ménilmontant, après des libations trop copieuses, il s'est pris de querelle avec un lutteur et s'est battu avec lui. Dans la lutte son adversaire, d'un coup de dent lui a emporté un morceau de l'oreille gauche. La plaie a beaucoup saigné, pendant une demi-heure environ. Il se rendit chez un pharmacien qui pansa la blessure avec un baume calmant. Le malade renouvela le même pansement pendant cinq jours.

Au bout d'une semaine, la plaie était cicatrisée, mais il restait une croûte, dont le malade ne se préoccupa plus pendant trois semaines.

Au bout de ce temps, ayant gratté cette croûte, il vit la plaie se rouvrir, fournir un suintement peu abondant, et suivant sa propre expression « manger tout autour d'elle ». Il se contenta d'appliquer dessus des compresses d'eau de guimauve et ne consulta pas le médecin.

La plaie ne « mange » plus, depuis une vingtaine de jours, mais depuis cette époque de nombreux boutons ont apparu sur le corps, débutant par le dos. En même temps il a commencé par avoir des maux de gorge.

État actuel le 16 janvier 1883. — L'oreille gauche, dans son tiers inférieur, le sillon auriculo-temporal, l'apophyse mastoïde, la partie supérieure de la région sterno-mastoïdienne du même côté sont en partie masqués par un vaste chancre phagédénique.

Du côté de l'oreille, la moitié du lobule, la terminaison de l'hélix et de l'anthélix ont été détruits, et une profonde ulcération a rongé jusqu'au tragus. Passant ensuite sur la face postérieure du pavillon, l'ulcération se prolonge de trois centimètres environ au delà du sillon auriculo-temporal, dépassant en haut le sommet de l'apophyse mastoïde, arrivant en bas jusqu'au niveau d'une ligne horizontale passant par l'angle de la mâchoire inférieure.

A la partie moyenne existe une vaste fissure, dont les bords accolés l'un à l'autre masquent la profondeur, facile à mesurer si on a soin d'écarter les lèvres de la plaie et ayant au moins 2 centimètres. Le fond est recouvert d'un liquide jaunâtre assez abondant. Les parois ont un aspect terne et grisâtre ; elles sont mamelonnées et irrégulières. La lèvre de la fissure, située du côté de l'oreille est divisée en deux parties : supérieure et inférieure par un second petit sillon, qui se continue à sa partie supérieure avec le sillon auriculo-temporal, devenu seulement plus profond par suite de la saillie anormale des parties qui lui sont contiguës.

La portion du chancre placée en arrière de la fissure a une couleur jaunâtre ; le fond en est sec, recouvert de croûtes d'épaisseur variable suivant les points, mais assez sensible pour former un relief appréciable au-dessus des parties saines. Les bords, entourés d'une joue érythémateuse subinflammatoire, sont serpigineux et se continuent au-dessus et au-dessous des extrémités de la fissure avec les limites de la portion du chancre qui se trouve en avant de la fissure.

Au niveau de l'oreille, les tissus ulcérés ont une couleur rouge foncé, luisante ; une sérosité peu abondante en recouvre la surface. Au niveau de la face postérieure du pavillon auriculaire les parties reprennent l'aspect mameloné de la portion du chancre située en arrière de la fissure. Les bords irréguliers sont légèrement croûteux par places. Indolence absolue à la pression.

Le siège particulier de la lésion reposant d'une part sur des plans osseux, d'autre part sur le cartillage de l'oreille, ne permet pas de constater d'induration.

La région sous-maxillaire (au niveau de l'angle de la mâchoire inférieure), la région parotidienne sterno-mastoïdienne supérieure et occipitale sont le siège d'une énorme pléiade ganglionnaire, froide, indolente, à la fois visible et tangible. C'est sur elle que repose en partie l'extrémité inférieure du chancre.

Tête. — Cheveux clairs, parsemés de nombreuses syphilides papuleuses ou papulo-squameuses, lenticulaires, laissant voir sous la squame, facile à détacher par un léger grattage, un derme d'un rouge cuivré.

Éruption abondante de syphilides papuleuses et papulo-croûteuses, desquamatives et laissant voir à leur périphérie une collerette épidermique très nette sur le front.

Mêmes lésions dans les sourcils, sur le nez. Au niveau des joues, on voit de nombreuses syphilides érythémateuses, et les papules plus grosses tendent à devenir hypertrophiques.

Sur le menton, les syphilides sont papulo-croûteuses, et la croûte, peu adhérente, laisse voir au-dessous d'elle une érosion superficielle du derme.

Syphilides de même nature sur la lèvre supérieure, disposées en trois groupes principaux.

A la face interne des lèvres se voient trois syphilides muqueuses papulo-érosives, opalines, du volume d'un grain de millet.

Syphilide plus petite et de même nature dans le sillon gingivo-labial, du côté droit, au niveau de la canine inférieure du même côté.

Gorge rouge, enflammée; amygdales luisantes, recouvertes à leur face interne par de nombreuses syphilides érosives. Nombreux ganglions sous-maxillaires; deux ganglions sus-hyoïdiens très développés, situés sur la ligne médiane. Syphilide érythémateuses et papuleuses, à petites papules, sur la nuque.

Mêmes lésions sur le thorax, les ganglions sus-claviculaires sont pris. Sur le dos, sur les lombes, l'éruption est remarquable par sa polymorphie. On y voit des syphilides érythémateuses, papuleuses, papulo-squameuses et papulo-croûteuses.

Les bras, les avant-bras sont recouverts de papules symétriquement placées, plus abondantes sur la face postérieure elles descendent jusqu'au dos du poignet et jusqu'à la face dorsale des mains.

Rien à la face palmaire.

Pléiade inguinale double, indolente; sur le fourreau de la verge (partie dorsale et médiane), groupe de syphilides papuleuses au nombre de six, légèrement squameuses.

Le gland, le sillon glando-préputial présentent plusieurs syphilides de la grosseur d'une lentille. L'une d'elles est surtout apparente, placée sur le dos du gland, elle est nettement arrondie rouge et ulcéreuse. Les fesses, les cuisses ne présentent que peu de lésions. Rien au pied.

L'ensemble de l'éruption présente la couleur jambon caractéristique des éruptions syphilitiques.

Au niveau de la face interne des cuisses, au-dessus des condyles internes du fémur existe de chaque côté une plaque d'eczéma craquelé.

Traitement. — Pilules de proto-iodure, deux par jour. Gargarisme au chlorate de potasse. Liqueur de Labarraque. Oxyde de zinc.

4 février. — Fièvre, diarrhée. Suspension du traitement.

5 février. — Œdème de la paupière inférieure gauche.

7 février. — Le malade va bien. On recommence le traitement : deux pilules de proto-iodure ; deux grammes d'iodure de potassium.

8 février. — Insomnie, douleurs névralgiformes dans tout le côté gauche de la tête. Le Dr Hermet examine l'oreille du malade. Otite externe diffuse légère, qui de proche en proche a déterminé un peu de méningite. Envahissement progressif des diverses couches du tympan. Perforation de la membrane. Écoulement de pus peu abondant. Otite moyenne. Traitement. Bains d'oreille avec de la guimauve.

15 février. — Inflammation de la caisse disparue. Desquamation épithéliale de la couche cutanée de la membrane du tympan. Cicatrisation de la perforation.

20 février. — Depuis trois ou quatre jours céphalée intense et opiniâtre, application d'un vésicatoire sur le sommet du crâne.

22 février. — Douleurs moins vives.

25 février. — Le malade souffre beaucoup. Il a eu un frisson cette nuit (stade unique de froid) ; ce matin, apyrexie, mais facies grippé, pâle. Les syphilides papuleuses ont disparu, mais l'amaigrissement est très marqué et se produit rapidement. Ce malade est sorti guéri trois mois après son entrée.

OBSERVATION V

(HAUG. — *Krankheiten des Ohres*, Wien und Leipzig, 1893, p. 430.)

Chancre de l'hélix (résumée).

Le malade avait examiné un de ses amis qui présentait une uréthrite blennorrhagique. En pressant le canal, il fit

sortir une goutte de pus qui lui tache les doigts. Il omet de se laver les mains après cet examen et peu après se gratte l'oreille. Trois semaines après, petite ulcération au niveau de l'hélix. Cette ulcération prend bientôt les caractères d'un chancre induré de la largeur d'une pièce de 20 pfennig.

L'évolution ultérieure du chancre ne laisse aucun doute sur sa nature syphilitique.

OBSERVATION VI

(BARATOUX. — De la syphilis de l'oreille, Paris, Delahaye et Lecrosnier, 1886. p. 54.)

Chancre induré de l'oreille (Résumée).

En avril 1884, l'auteur observe un marin qui s'était battu en février avec un de ses camarades syphilitique. Ce dernier l'avait mordu à l'oreille à la partie supérieure de l'hélix. Il y avait eu une petite hémorragie, et une plaie banale. Après s'être cicatrisée, huit jours après la cicatrisation la plaie s'était réouverte et avait gagné les parties voisines.

Cette ulcération présentait les caractères du chancre induré décrit par Hulot, et occupait le tiers inférieur de la partie externe de l'hélix et de l'anthélix et la moitié de la face externe de la conque.

Pléiade ganglionnaire sous-maxillaire et mastoïdienne du même côté. Roséole abondante.

OBSERVATION VII

(FIELD. — *The Brit. Med. Journ.*, 1877.)

Ce cas a été observé en 1877; mais l'observation n'est pas nette; on ne sait s'il s'agit d'accident primitif ou de lésion tertiaire. Il n'est pas certain qu'il s'agisse ici d'une forme phagédénique d'un accident primitif.

On a affaire à un charpentier de 42 ans dont les deux tiers du pavillon de l'oreille gauche étaient rongés. Un orifice arrondi était visible, qu'il n'était plus possible de reconnaître

comme orifice externe du conduit auditif. Il y avait des douleurs considérables. Cet état avait débuté depuis trois mois par un petit bouton prurigineux et saignant.

Traitement : Iodure de potassium, mercure et nitrate de zinc.

Le conduit auditif était rétréci par la perte de substance correspondante, la fonction auditive était bonne.

OBSERVATION VIII

(MRACEK. — *Allg. Wien. med., Ztg.*, 1879.

Le malade avait été embrassé derrière l'oreille par une femme le 1^{er} ou le 2 août 1879. En se lavant sur ce point, il s'aperçut déjà au bout de quatre jours d'un petit nodule naissant, qui persista, atteignit sa grosseur en quatorze jours, et qui était cicatrisé au bout de quatre semaines.

Le 3 octobre, il vient à la clinique de Sigmund et présente l'état suivant :

Au scrotum, nombreuses papules au début, confluentes par place, surtout à la face inférieure de la verge. Sur le corps, éruption de syphilides papuleuses bien visibles.

Les ganglions lymphatiques sont modérément gros ; aux organes génitaux, on ne trouvait rien, même par une soigneuse recherche, qui puisse passer pour un accident primitif. Mais on trouva à la face inférieure du pavillon de l'oreille droite et sur l'apophyse mastoïde un chancre, portant en son milieu une petite dépression, d'où partaient en arrière des vaisseaux lymphatiques et des nodules.

Les ganglions du côté droit du cou étaient très augmentés de volume, de même que les amygdales, surtout la droite, dont la surface était ulcérée.

Le malade avait de la fièvre et ne dormait pas la nuit, phénomènes qui persistèrent jusqu'à la disparition de l'éruption papuleuse.

OBSERVATION IX

(BULKLEY. — *The Medical News*, 1889.)

Imprimeur de 33 ans; se présente le 24 novembre 1880 pour se faire examiner au sujet d'une inflammation de l'oreille; il avait été mordu à l'oreille au cours d'une rixe avec un homme vraisemblablement porteur de plaques muqueuses de la bouche.

Le pavillon de l'oreille gauche, après une application d'une pommade, se montrait très gonflé, garni de croûtes et ulcéré

Quatorze jours plus tard, l'inflammation avait augmenté, s'étendant sur le côté antérieur de l'oreille, très œdémateux, s'étendant sur 3 pouces de long et 2 de large, gagnant la partie inférieure au niveau du lobule de l'oreille. La partie supérieure était ulcérée, irrégulièrement disposée, s'étendant vers le conduit auditif, complètement obturé par l'enflure. La douleur que cette ulcération déterminait était très vive, surtout la nuit.

On donne des lavages au permanganate et des pilules laxatives.

Huit jours plus tard, la surface supérieure était encore couverte de pus, très granuleuse, de meilleur aspect; la douleur était encore violente la nuit.

Le diagnostic d'accident primitif fut posé et on donne de la pommade mercurielle et du calomel à l'intérieur.

Trois jours plus tard, l'ulcération avait encore 3 pouces de long sur 2 de large, avec des bords durs et surélevés. La douleur avait disparu; le 5 janvier 1881, l'ulcération était guérie, laissant une surface rouge, cicatricielle et des syphilitides papuleuses étaient apparues.

Plus tard, on constata des plaques muqueuses et des nodules douloureux.

OBSERVATION X

(PELLIZARI. — *Giorn. ital. delle mal. ven. et della pelle*, 1882.)

Il s'agit d'un voiturier de 56 ans, porteur d'un chancre saignotant et très dur, de la grosseur d'un sou, siégeant au milieu de la joue gauche, et d'un second chancre, un peu creusé, siégeant au lobule de l'oreille du même côté, de la grosseur d'une pièce de 2 centimes et présentant les mêmes caractères.

La région située au-dessous de l'oreille gauche, tout ce côté du cou et la région sous-maxillaire étaient très enflammées, Il présentait en même temps de l'impétigo du cuir chevelu, des plaques muqueuses au début dans la bouche, et au sillon balano-préputial, et une éruption rougeâtre sur tout le corps. En même temps Pellizari avait vu le fils du malade, âgé de 27 ans, qui était porteur de plaques dans la bouche et d'un chancre du sillon balano-préputial.

Le père et le fils s'étaient servi dans un hôtel du même linge, pour s'essuyer après s'être lavés; et il est très vraisemblable que le fils s'était lavé la verge avec une serviette, dont ils s'étaient servi tous deux pour s'essuyer le visage. Le père s'était ainsi inoculé la syphilis en deux endroits.

Dans la suite la mère âgée avait elle-même été infectée également.

OBSERVATION XI

(ZUCKER. — *Zeitschr. f. Ohrenheilk*, XIII, 1884.)

X..., vient en juillet 1883 pour une inflammation douloureuse de l'oreille droite, qui en dépit de nombreux traitements demeure sans modifications.

A l'examen, on voit la partie antérieure du conduit auditif cartilagineux, jusqu'à 1 centimètre du méat auditif externe, très rétrécie en dedans et en dehors; le tragus lui-même est coloré en rouge livide, gonflé du double de ses

dimensions normales, et recouvert à sa surface de cicatrices rayonnées, de pigmentation très foncée. De plus, toute la région parotidienne et massétérine est très enflammée, sans être cependant douloureuse; sous l'angle de la mâchoire, on trouve encore un paquet ganglionnaire, assez dur, formé de ganglions très hypertrophiés. L'ouïe est conservée intacte. Il n'y a pas de sécrétion venant de l'oreille. La paroi inférieure du conduit auditif cartilagineux, le conduit osseux et ce qu'on peut voir du tympan sont normaux.

Le malade présentait à la surface antérieure des deux mains trois ou quatre éléments éruptifs, étant apparus depuis huit jours, légèrement squameux, gros comme une pièce d'un pfennig; ce qui permet de poser facilement le diagnostic d'accident primitif. On pouvait noter d'ailleurs également une hypertrophie des ganglions axillaires, et de la nuque, rien aux ganglions inguinaux. Rien à signaler non plus dans la bouche et aux organes génitaux.

Après quelques dénégations, le malade finit par avouer que, il y avait environ huit à dix semaines il avait eu un coït extra-conjugal un peu mouvementé, et qu'au cours des manœuvres amoureuses, il avait eu les oreilles léchées.

Il ne peut se rappeler s'il avait à ce moment une blessure au niveau de l'oreille; quatre semaines plus tard, ils'aperçut en se rasant d'une ulcération située à côté du tragus, qui atteignit bientôt les dimensions actuelles. L'éruption des mains durait depuis huit jours, ayant débuté environ huit semaines après le début de l'infection.

Le malade guérit parfaitement par des frictions à l'onguent mercuriel.

OBSERVATION XII

(RASORI. — *Gaz. degl'Ospedali*; Milan, 1883.)

Un homme de 35 ans vient pour une affection de la peau datant de deux ou trois semaines, qui couvre le corps, la plante des pieds et la pomme des mains. Les ganglions cervicaux et inguinaux sont gros; douleurs de tête.

Un gros chancre, dur, est visible couvrant les bords du conduit auditif externe, sur le tragus et l'antitragus, et allant jusqu'au lobule de l'oreille gauche. Les ganglions sous-maxillaires sont gros et durs.

Par l'interrogatoire du malade, on sut qu'il avait sur la surface intérieure du pavillon un eczéma qu'il grattait souvent à cause des démangeaisons qu'il provoquait. Cette surface irritée, avait été infectée par une femme qui l'avait embrassé à plusieurs reprises au cours de manœuvres amoureuses.

OBSERVATION XIII

(NIVET. — Thèse de Paris, 1887.)

Un enfant de neuf mois présente un chancre induré sur la surface inférieure de l'oreille ainsi que sous le pavillon; il présente en outre des plaques muqueuses de la bouche par lesquelles sa mère a été elle-même infectée. (Observation de Fournier.)

OBSERVATION XIV

(RIGHTER. — *Monatsh. f. prakt. Derm.*, 1895.)

Un homme se présente pour se faire examiner, portant au pavillon de l'oreille gauche une ulcération recouverte de taffetas d'Angleterre.

A l'examen, on trouve que les ganglions préauriculaires sont gonflés, et l'ulcération a tous les caractères d'un chancre syphilitique typique. Peu après surviennent une roséole, des plaques muqueuses, de l'alopecie, etc.

L'interrogatoire montre que le chancre est survenu quatorze jours auparavant.

Le malade se promenait avec un ami, en fumant dans la rue. A la suite d'un mouvement brusque, son ami le toucha au niveau du pavillon de l'oreille, et il en résulta une brû-

lure. Un passant survint et pansa la brûlure en y appliquant un morceau de taffetas d'Angleterre qu'il mouilla de sa salive.

OBSERVATION XV

(PROTZEK. — Les chancres extra-génitaux. Dissert., Breslau, 1891.)

Il rapporte le cas d'une fillette de 11 semaines, qui présentait un chancre induré au niveau des deux oreilles.

Les autres renseignements manquent.

OBSERVATION XVI

(COZZOLINO. — *Gaz. degli osped.*, 1895.)

Il rapporte la localisation au tragus.

OBSERVATION XVII

(ROCHON. — *Médecine moderne*, 1895.)

Il s'agit d'une fillette de 4 ans 1/2, qui présente sur tout le corps une éruption papuleuse, légèrement colorée et un peu squameuse.

Les ganglions cervicaux sont gonflés, la gorge rouge, les ganglions inguinaux légèrement hypertrophiés.

Chez les parents aucune affection spécifique ; chez l'enfant aucun stigmate de syphilis héréditaire.

Le lobule de l'oreille droite est sur toute sa surface recouvert d'une croûte noirâtre et dure, qui est traversée à son centre par une boucle d'oreille. Cette croûte existe là depuis près de quatre mois; on avait à ce moment fait percer les oreilles par un marchand de boucles d'oreilles. Du côté gauche la plaie s'était de suite cicatrisée. tandis qu'à droite elle persista ; lorsqu'elle fut presque cicatrisée apparurent alors de nouveaux croûtes.

Sous la croûte enlevée, on trouve une surface rouge,

grande comme une pièce de 20 centimes, légèrement saillante au niveau de la piqure, et élargissant un peu l'ouverture. Il n'y a pas de granulations autour de l'orifice de la piqure, l'anneau n'a pas sectionné le lobule de l'oreille.

On trouve dans ce tissu une induration parcheminée bien perceptible, qui ne s'étend que très peu sur les bords de l'ulcération. A la surface interne du lobule, on voit en même temps une croûte jaunâtre, plus petite que l'autre, qui recouvre aussi un peu la surface inférieure, qui présente un peu l'aspect purulent.

Les doigts de l'opérateur avaient peu manié la blessure, il est vraisemblable que l'instrument piquant avait transmis l'infection.

OBSERVATION XVIII

(NEVINS HYDE. — *The Med. News.*, 1897, New-York.)

Il s'agit d'un enfant bien nourri, de 2 mois $1/2$ dont les parents sont bien portants et occupent une haute situation sociale.

L'enfant était porteur d'un chancre bien développé à l'oreille droite, au point où siégeait une blessure due aux forceps qu'on avait employés pour mettre l'enfant au monde. Il présentait aussi des ganglions très développés, ainsi qu'une roséole papuleuse ; de plus des plaques muqueuses de la bouche, à l'aide desquelles l'enfant avait infecté sa mère, qui portait un chancre de la mamelle avec des ganglions axillaires.

Les symptômes de l'éruption de la mère étaient apparus, alors que celle de l'enfant avait déjà disparu.

Le père, qui au moment de la naissance de l'enfant n'était pas chez lui, avait été examiné soigneusement à son retour un mois après. Il jouissait d'une excellente santé et n'avait jamais eu de maladie vénérienne.

Le médecin qui avait pratiqué l'accouchement était très occupé ; il s'était manifestement servi dans ce cas d'ins-

truments souillés. La garde de l'enfant examinée avait été elle aussi trouvée indemne de syphilis.

L'enfant élevé à l'allaitement artificiel se développa bien, mais la mère eut des iritis répétés, et une gomme du sein.

OBSERVATION XIX

(RILLE. — *Arch. f. Derm. und Syph.*, 1898.)

On a affaire à une fille de 18 mois, qui présente une éruption pigmentaire syphilitique presque généralisée, de larges condylomes de l'anus et des organes génitaux, signes d'une syphilis acquise.

On ne peut savoir clairement comment est survenue l'infection. Chez une garde de l'enfant existe une syphilis secondaire. Au lobule de l'oreille s'est développé, à ce que rapportent les parents, après le percement, un nodule, d'abord gros comme un pois, brun rougeâtre, squameux, en un point où on peut constater une élevure. Peut-être s'agit-il là de l'accident primitif.

OBSERVATION XX

(LEDERMANN, cas 1.)

Les renseignements sur la localisation exacte et les détails de la maladie manquent; le mode de transmission est inconnu.

OBSERVATION XXI

(REISS. — *Wien. med. Presse*, 1901.)

Il s'agit d'un étudiant de l'université de Krakau, qui depuis environ cinq mois (mars 1901) était venu consulter pour un eczéma au début du pavillon de l'oreille. Traitement au diachylon.

Deux semaines plus tard : la totalité du pavillon de

l'oreille, l'hélix et l'anthélix sont fortement infiltrés. La partie du tégument occupée auparavant par l'eczéma était fortement surélevée au pourtour, creusée au centre. Les ganglions préauriculaires du côté gauche faciles à sentir, les ganglions cervicaux augmentés de volume. Le diagnostic était facile à poser.

Le malade se servait souvent du rasoir d'un collègue sans le laver, ne pensant pas à le désinfecter. La confrontation montra chez ce collègue des condylomes. Six semaines plus tard, le malade présenta des syphilides papuleuses.

OBSERVATION XXII

(LE RAY. — Rapportée par Berheim.)

Une fillette de 10 ans portait depuis quatre semaines au lobule de l'oreille gauche une ulcération qui ne voulait pas guérir. L'examen révéla un chancre syphilitique avec hypertrophie ganglionnaire consécutive.

Plus tard, l'examen de l'enfant montra des plaques muqueuses spécifiques.

A l'interrogatoire, on apprit que le chancre était survenu à la suite du percement des oreilles pratiqué par un horloger. L'enfant, mise en observation par un collègue de le Ray, présenta à la suite de son chancre une roséole et des plaques muqueuses anales et buccales.

OBSERVATION XXIII

(BRYANT. — *Amer. Journ. of. dermat. and genit.*, 1906.)

Ce chancre siégeait au tragus. L'infection provenait vraisemblablement de l'usage d'un essuie-main avec lequel un homme porteur de plaques muqueuses s'était lavé le visage.

La guérison survint après une cure de frictions mercurielles.

OBSERVATION XXIV

(LEDERMAN, cas II.)

Ce chancre existait chez un jeune homme de 28 ans sous forme d'une ulcération grosse comme un pois, située à la surface intérieure très enflammée du pavillon de l'oreille. Les ganglions préauriculaires étaient très hypertrophiés.

On relève un baiser comme source d'infection.

OBSERVATION XXIV

(HUTCHINSON. — Syphilis, Leipsig, 1888.)

Cet auteur rapporte, sans donner de plus amples renseignements, le cas d'un matelot qui s'était battu avec un camarade, et qui avait reçu plusieurs morsures. Il présentait six ou huit chancres au doigt, à l'avant-bras, au menton, et un à une oreille.

OBSERVATION XXVI

(FOURNIER et HERMET.)

Il s'agit d'un chancre siégeant en avant du tragus, dont la cause probable est un baiser. Pas d'autres renseignements.

Reproduit dans le moulage n° 307 du musée de l'hôpital Saint-Louis.

OBSERVATION XXVII

(HERMET.)

Il s'agit d'un chancre de l'oreille survenu chez un homme, à la suite d'une morsure. Les autres renseignements manquent.

OBSERVATION XXVIII

(SKJELDRUP. — Cité par Hang.)

Il s'agit d'un homme âgé porteur d'un chancre de l'oreille; la cause du contagion a été probablement le grattage d'un

furoncle par des doigts souillés. Le malade avait en effet, à ce moment, examiné la verge d'un ami, porteur d'une affection vénérienne suintante; puis négligeant de se laver les mains, il avait gratté le furoncle qu'il avait à l'oreille.

OBSERVATION XXIX

(FINGER. — Syphilis, Leipzig, 1901.)

Chancre siégeant au lobule de l'oreille, provenant d'un baiser. Pas d'autres renseignements.

OBSERVATION XXX

Se rapporte au cas d'un homme entré à la polyclinique de M. Joseph. La localisation exacte n'est pas signalée. L'étiologie reste inconnue.

CONCLUSIONS

I. — Le chancre de l'oreille est une affection très rare ; nous n'en avons trouvé dans toute la littérature que 41 cas.

II. — L'étiologie est particulièrement intéressante. Outre les causes accidentelles impossibles à prévoir, on a rapporté un certain nombre de cas de chancres dus au percement des oreilles par des instruments infectés, ce qui donne une importance particulière à la prophylaxie.

III. — Au point de vue clinique, il présente les particularités suivantes : fréquence de l'allure inflammatoire du chancre et des ganglions satellites ; fréquence du chancre croûteux ; absence ou impossibilité en général de percevoir l'induration ; enfin, tendance particulière au phagédénisme.

IV. — Le diagnostic sera facile quand on y pensera, mais la rareté de l'affection a fait souvent méconnaître la lésion. Le traitement ne présente rien de particulier ; la prophylaxie portera surtout sur la stérilisation des instruments qui servent à percer les oreilles.

Vu :

Le Président de la Thèse,

J. NICOLAS.

Vu :

Le Doyen,

L. HUGOUNENQ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 21 novembre 1911.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- BARATOUX (J.). — De la syphilis de l'oreille. (Extrait de la revue mensuelle de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie. Paris 1886).
- BERGH (R.). — Über Austeckung und Austeckungswege bei Syphilis. (Monatsch. f. prakt. Derm., 1888.)
- BERLINER (C.). — Seltene Lokalisation der Initialsklerose mit Bemerkungen über die Verbreitung der Syphilis auf entragenitalen. (Wege-Monatsch. f. prakt. Derm., 1895, XX, Bd I.)
- BERNHEIM (A.). — Sur les chancres syphilitiques transmis par le pècement pour les boucles d'oreille. (Société française de prophylaxie sanitaire et morale, 1904.)
- BEZOLD (F.). — Lehrbuch der Ohrenheilkunde. (Wiesbaden, 1906.)
- BLAU. — Encyclopædie der Ohrenheilk., Leipsig, 1900.
- BRUCK (A.). — Zur Syphilis des äusseren Ohres. (Berl. Klin. Wocheschr., 1896.)
- BRUHL (G.) und POLITZER (A.). — Atlas und Grundriss der Ohrenheilkunde. (München, 1905.)
- BRYANT (W. S.). — Primary syphilis of the ear. (Amer. Journ. of dermatol. and genito-urinary diseases, Saint-Louis, 1906.)
- BULKLEY (D.). — Syphilis in the innocent. New-York, 1894.
— On unusual methods of acquiring syphilis. (The Medical News, 1889.)
- BUTTGEN (M.). — Über extragenitale und perigenitale Primäraffekte, Leipsig, 1904.
- CASTEIX. — La syphilis de l'oreille. (Journ. des praticiens, 1908.)
- CLAUS. — Syphilis de l'oreille externe. (Charité Annalen, Jahrgang, XXXIII.)
- COZZOLINO. — Gaz. degli osped., 1895.

- CULLERIER (Michel), oncle. — Cité par Bulkley.
- DELÉAGE et MOREL-LAVALLÉE. — Affections consécutives au percement du lobule de l'oreille. (Journ. des malad. cutanées et syph., 1896.)
- DEVILLAS (J.). — Les affect. syphil. de l'organe de l'ouïe. (Th. de Paris, 1895.)
- FEULARD. — Chancres extra-génitaux. (Ann. de dermat., 1890.)
- FIELD (G.-P.). — Extensive sloughing ulcer. of the ear. (The Brit. Med. Journ., 1877.)
- FUIGER (E.). — Die Syphilis und die venerischen Krankheiten. (Leipzig und Wien, 1877.)
- FOURNIER. — Les chancres extra-génitaux. Paris, 1897.
- FREY (P.). — Über Syphilis des äusseren Ohres. (Dermat. Zeitschr., 1893.)
- FRIEDMAN. — Beiträge zur Kasuistik und Statistik der extragenitalen Primäraffekte. (Dissert., Heidelberg, 1901.)
- GARZIA. — Revue internat. de Rhinol., etc. Paris, 1894.
- GOTTSTEIN. — Klinische und kritische Beiträge zur Ohrenheilkunde, Bd 4.
- GOYON. — Thèse de Lyon, 1907.
- HAUG (R.). — Die Krankheiten des Ohres. Wien et Leipzig, 1896.
- HENNEBERT. — Syph. acquise de l'oreille. (Echo médical du Nord, 1897.)
- HERMET. — Chancre induré de l'oreille. (Ann. de dermat. et syph., Paris, 1886.)
- HERMET. — Leçon sur les maladies de l'oreille, 1892.
- HULOT. Chancres extra-génitaux. (Ann. de dermat. et syphil., 1879.)
- HUMAN. — Nosographie des mal. vénériennes. Paris, 1838.
- HUTCHINSON. — Syphilis. (Deutsch von Kollmann, Leipzig, 1888.)
- HYDE. — What conditions influence the course of infantile syphilis? (The Med. News, 1897.)
- JÉGU. — Syphilis de l'oreille. (Th. de Paris, 1884.)
- JOSEPH. — Lehrbuch der Haut. und Geschlechts kranheiten. Leipzig, 1901.

- JOSSO. — Th. de Paris, 1902.
- JOUVIN. — La syph. de l'oreille. (Thèse de Paris, 1906.)
- JULLIEN. — Traité des maladies vénériennes. Paris, 1886.
- KAPOSI. — Pathologie und Therapie der Syphilis, 1881.
- KREFTING (R.). — Extragenitale Syphilis infection. (Arch. f. Derm. u. Syph., 1894.)
- KRAUSE. — Monatsh. für prakt. Dermat., 1911.
- KUHU. — Arch. f. Ohrenheilkunde, XV.
- LANG (E.). — Vorlesungen über Pathologie und Therapie der Syphilis. Wiesbaden, 1884.
- LAQUEUR (W.). — Syphilis des äusseren Ohres. (Dissert., Würzburg, 1894.)
- LAVERGNE et PERRIN. — Chancres extra-génitaux. (Ann. de dermat. et syph., 1884.)
- LEDERMANN. — Zur Bekämpfung der Syphilis, Hygien. (Volksblatt. 1902.)
- Arch. f. Derm. u. Syphil., 1910.
- LESAGE — Chancre par morsure. (Th. de Paris, 1885.)
- LESSER. — Livre de maladies de la peau, 1906, Leipsig.
- LURG. — Chancres extra-génitaux. (Dissert., Würzburg, 1905.)
- MARTHA. — Revue clinique médico-chirurgic, avril 1909.
- MASSIA et CHARVET. Annales des maladies de l'oreille, 1911.
- MORROW. — A system of genito-urinary diseases, Edinburgh, 1893.
- MOSES. — Cas de chancres extra-génitaux. (Dissert., Leipsig, 1904.)
- MRACEK. — Allg. Wien. med. Ztg., 1879.
- MÜNCHHEIMER. — Syphilis extra-génitale. (Arch. f. Derm. und Syph., 1898.)
- NIVET. — Th. de Paris, 1887.
- NICOLAS, LANNOIS et MASSIA. — Lyon Médical, 1911.
- OUSPENSKI. — Syph. de l'oreille. (Ann. des mal. de l'oreille, du larynx, etc., Paris, 1891.)
- PAPEGAËY. — Th. de Paris, 1903-1904.
- PERRIN (Léon). — Chancres extra-génitaux. (Comité médical des Bouches du-Rhône, 1905.)

- PETER. — Über die ungewöhlichen Haftstellen der Syphilis. (Berl. klin. Wochenschr., 1893.)
- POLITZER. — Traité des mal. des oreilles. (Stuttgart, 1908.)
- POSPELOW (A.). — Chancres extra-génitaux. (Arch. f. Derm. und Syph., 1899.)
- PROCHOWNIK. — Die Hautkrankheiten der Ohrmuschel. (Dissert., Leipsig, 1910.)
- PROKSCH (J.-K.). — Bonn, 1891 et 1900. Bd I-III.
- PROTZEK. — Les chancres extra-génitaux et leur diagnostic. (Dissertation, Breslau, 1891.)
- RASORI. — Chancre induré de l'oreille. (Gaz. degli ospedali, Milan, 1883.)
- LE RAY. — Transmission de la syph. par boucle d'oreille. (Rapporté par Bernheim.)
- REISS. — Deux cas rare de localisation du chancre syphil (Wien. med. Presse, 1901.)
- RIGHTER. — Journ. des mal. cut. et vénér., 1891.
- RILLE. — Krankenvorstellung... (Arch. f. Derm. und Syph., 1898.)
- ROCHON. — Chancre du lobule de l'oreille. (Médecine moderne, 1894.)
- RUPP. — On syphilis of the external ear. (Journ. of cutan. and genito-urin. diseases, 1891.)
- SCHEUER (O.). — Die Syphilis der Unschuldigen. (Berlin und Wien., 1910.)
- SCHARTZE. — Handbuch der Ohrenheilkunde. Leipsig, 1892.
- SCHWIMMER. — Wien. med. Wochenschr., 1871.
- SENDZIAK (J.). — Monatsschr. f. Ohrenheilkunde, 1900.
- URBANTSCHITSCH. — Lehrbuch für Ohrenheilkunde. (Wien und Leipsig, 1890.)
- WEISE. — Maladies syphil. des oreilles. (Dissert., Halle, 1890.)
- ZEISSL (V.). — Lehrbuch der venerischen Krankheiten, 1902.
- ZUCKER. — Über syph. des ausseren Ohres. (Zeitschr. f. Ohrenheilkunde, 1884.)

